

## LA SEGRETERIA INFORMA...

Il Comune di Udine e il Distretto Sanitario di Udine dell'Azienda per i Servizi sanitari n. 4 Medio Friuli, per sostenere la domiciliarità e contrastare l'istituzionalizzazione, condividono il progetto di consolidare sul territorio una rete di servizi a favore delle fasce deboli della popolazione, in particolare anziana, promuovendo il coinvolgimento delle associazioni di volontariato di area socio-sanitaria nelle fasi di progettazione, programmazione e realizzazione degli interventi.

Tra gli interventi di sostegno per le persone in condizioni di ridotta autonomia particolare importanza assumono quelli finalizzati all'erogazione di prestazioni infermieristiche la cui efficacia è strettamente correlata all'attivazione del servizio a livello di territorio circoscrizionale.

Pertanto, in base all'art. 7 della legge n. 266 dell'11.08.1991, che prevede la possibilità e detta i criteri per la stipula di convenzioni da parte dello Stato, degli Enti Locali e degli altri Enti Pubblici con le Associazioni di Volontariato, nel 2005 il Comune di Udine, l'Azienda per i Servizi Sanitari n. 4 "Medio Friuli", la Croce Rossa Italiana - Ispettorato Provinciale Infermiere Volontarie e le Associazioni di volontariato Pro Senectute e Judinsi. (reatà che già collaborano con l'Amministrazione e con l'Azienda Sanitaria nell'assistenza socio-sanitaria), hanno attivato un servizio ambulatoriale infermieristico rivolto principalmente alle persone che si trovano in situazioni di ridotta autonomia, ponendosi in collegamento con gli Sportelli di prossimità del progetto "No alla SolitUdine" e consentendo di ampliare la gamma degli interventi e delle prestazioni di carattere socio-sanitario erogati sul territorio.

La convenzione è stata rinnovata negli anni (recentemente è stata prorogata fino al 21.01.2011) ma spesso, pur con l'entusiasmo e la disponibilità del mondo del volontariato, si registra la mancanza di personale qualificato ad effettuare le prestazioni in parola, con relativa ricaduta negativa sull'utenza. Si chiede pertanto la disponibilità ai propri iscritti a fornire alle scriventi Associazioni i nominativi delle persone interessate ad una collaborazione ovvia-

mente gratuita (salvo il rimborso di eventuali spese di viaggio, e dell'assicurazione) o presso le sedi poste o a domicilio. Si precisa che al momento gli orari degli ambulatori sono i seguenti:

2° circoscrizione - via Martignacco, 146  
LUNEDÌ E GIOVEDÌ  
DALLE ORE 9.00 ALLE ORE 10.30

3° circoscrizione - via Forze Armate  
MARTEDÌ  
DALLE ORE 9.00 ALLE ORE 10.30

4° circoscrizione - via Pradamano, 21  
GIOVEDÌ  
DALLE ORE 10.00 ALLE 12.00

5° circoscrizione - via Veneto, 164  
(Cassignacco)  
GIOVEDÌ  
DALLE ORE 10.30 ALLE 12.00

6° circoscrizione - via Bertolo, 4  
MERCOLEDÌ  
DALLE ORE 9.00 ALLE ORE 10.30

7° circoscrizione - via Piemonte, 84  
(Paderno)  
MERCOLEDÌ  
DALLE ORE 10.30 ALLE ORE 12.00

Per ulteriori informazioni:  
info@ipasviudine.it

**CRITERI PER RICHIESTA CONTRIBUTO ECONOMICO PER PARTECIPAZIONE AD EVENTI FORMATIVI/CORSI/SEMINARI/PROGETTI DA PARTE DEL SINGOLO ISCRITTO**

- Essere regolarmente iscritto al Collegio IPASVI di Udine come Infermiere - Infermiere Pediatrica (Vigilatrice d'Infanzia) - Assistente Sanitaria Visitatrice (percorso formativo regionale e/o attuale infermiere con master in "Sanità Pubblica").
- Completo e regolare pagamento delle quote annuali dal momento dell'iscrizione all'anno in corso.
- Se dipendente pubblico o privato prestare servizio in un'Azienda Sanitaria/Ospedaliera/Residenziale pubblica e/o privata ubicata nella Provincia di Udine.
- L'evento formativo/corso/seminario/progetto per cui si chiede il contributo economico deve vertere su tematiche di tipo professionale.
- In questa fase sperimentale i contributi economici sono previsti esclusivamente per eventi formativi/corsi/seminari/progetti riferibili alla formazione continua.
- Da questa fase sperimentale sono escluse le richieste di contributo per la partecipazione al Corso di Laurea in Infermieristica (anche per integrazione del titolo professionale regionale), Corso di Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, Masters universitari di I e II livello.
- Il singolo iscritto può richiedere n. 1 contributo ogni tre anni.
- Le spese di iscrizione all'evento formativo/corso/seminario/progetto verranno rimborsate completamente fino a 250.00 €. La quota di iscrizione eventualmente eccedente i 250.00 euro potrà essere rimborsata al 50%.
- Non sono previsti contributi economici per rimborsi spese per trasferimenti/alloggio/albergo.

- Il contributo economico va richiesto direttamente dal singolo iscritto con lettera indirizzata al Presidente del Collegio IPASVI di Udine. Nella lettera va specificato l'evento formativo/corso/seminario/progetto per cui si chiede il contributo economico, la quota di iscrizione totale allo stesso e l'anno solare in cui viene realizzato.
- La richiesta di contributo deve fare riferimento all'anno solare in cui è organizzato l'evento formativo/corso/seminario/progetto.
- Le richieste di contributo verranno accolte e registrate facendo riferimento alla data di presentazione della richiesta.
- Le domande si accettano dal 1 gennaio dell'anno in corso e fino al 31 dicembre dello stesso anno.
- Alla fine del corso va presentato al Collegio IPASVI di Udine il certificato di partecipazione al corso stesso e il certificato di partecipazione all'eventuale esame finale. Il rimborso è subordinato alla presentazione di un breve resoconto dell'evento formativo/corso/seminario/progetto oppure di un articolo pertinente, da diffondere tramite gli strumenti informativi del Collegio IPASVI.
- Annualmente in sede di stesura del bilancio del Collegio IPASVI di Udine definirà il budget annuale da riservare a queste richieste di contributo economico.
- I rimborsi verranno erogati a scadenza semestrale e fino ad esaurimento del budget previsto in sede di bilancio.
- Il Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI di Udine si riserva di anno in anno di rivedere e modificare questi criteri.
- I criteri qui enunciati saranno validi fino alla prossima revisione.

## IL NURSING WEB IN VETRINA

Questa volta vi suggeriamo alcuni siti che trattano la salute in modo un po' diverso... da un lato riscopriamo la medicina narrativa, una metodologia che tende a rivalutare il rapporto medico-paziente e dall'altro troviamo invece la terapia dell'umorismo e i suoi numerosi benefici.

<http://www.iss.it/cnmr/medi/index.php>  
<http://www.medicinanarrativa.it/index.asp>  
[http://www.octopusmed.it/Prevenzione\\_Primary/Medicina\\_Narrativa/](http://www.octopusmed.it/Prevenzione_Primary/Medicina_Narrativa/)  
<http://www.oneform.it/presenta/comicoterapia.html>

**La Medicina Narrativa**, attraverso le storie, vuol comprendere le persone nel proprio specifico contesto per mettere a fuoco i bisogni e le nuove strategie di intervento. In America la Medicina Narrativa è stata ormai formalizzata anche all'interno delle strutture universitarie. Il modello concettuale della Narrative-Based Medicine (NBM) è stato sviluppato alla Harvard Medical School da due psichiatri ed antropologi: Arthur Kleinman e Byron Good. Il termine Medicina Narrativa, inizia ad essere usato in ambito medico alla fine degli anni '90. Poco meno di un anno fa è apparso sul New York Times (Zuger A., Doctors who wield the pen to heal the profession, 15 maggio) un articolo sul workshop di Medicina Narrativa, tenutosi alla Columbia University: per un intero fine settimana medici generalisti e specialisti si sono confrontati per apprendere strategie comunicative, esercitarsi all'ascolto, sviluppare la capacità di raccontare e anche di scrivere le storie e le esperienze di cui sono testimoni quotidianamente. In Italia è stata rivolta poca attenzione a questa metodologia. Ma vi sono alcuni enti e soggetti che se ne stanno occupando. L'Istituto Superiore di Sanità vi ha dedicato un'ampia sezione del suo portale, con una completa selezione bibliografica dalla letteratura internazionale ed un progetto di ricerca davvero di grande interesse. Un'altra iniziativa interessante è quella svolta dal Prof. Antonio Virzi (Clinica Psichiatrica, Università degli Studi di Catania) con il suo sito internet, dedicato interamente alla medicina narrativa. La Medicina Narrativa permette di migliorare le relazioni tra:

- paziente e medico (e altre figure professionali del sistema);
- paziente e mondo esterno;
- paziente e struttura ospedaliera.

Può inoltre aiutare il paziente a:

- Prendere decisioni. Perché diventa più consapevole della sua situazione e non deve decidere della sua vita solo sulla comunicazione di semplici informazioni.
- Restituire tempo e spazio, che generalmente in un ricovero ospedaliero si perdono completamente.
- Relazionarsi con gli altri.

• Dare testimonianze, che poi potranno essere utili per altri pazienti e per medici. Ma perché scrivere?

Perché scrivere è un modo per prendere parola, raccontarsi, con calma, al di fuori della fretta di un'intervista, o dagli schemi rigidi di un questionario. Si scrive per comunicare un vissuto, per raggiungere quanti/e per mille motivi diversi si trovano in difficoltà ad "uscire fuori", non hanno il supporto di un'associazione, di relazioni significative. La scrittura restituisce alle persone la centralità: offre agli operatori la possibilità di avere una visione più completa dei problemi e a quanti si occupano di costruire progetti di salute pubblica di avere una visione più realistica e sensibile ai bisogni e alle potenzialità delle persone affette dai diversi tipi di malattie. Tuttavia scrivere e ascoltare esperienze richiede riflessione e impegno da parte di tutti gli attori coinvolti. Le narrazioni, infatti, pur conservando la loro unicità, non devono assumere il carattere di uno "sfogo semplicemente liberatorio", o di denuncia gridata. Descrivere situazioni di bisogni inevasi e di diritti violati, raccontare la propria sofferenza, le proprie difficoltà deve essere fatto in modo costruttivo. Occorre distinguere tra il momento esclusivamente emotivo, che ha la sua giusta ragione d'essere in determinati momenti, e la ri-elaborazione di ciò che è accaduto o della situazione che si vive al presente. Le narrazioni non sono da confondersi con le denunce, sono la testimonianza di un'esperienza vissuta e rielaborata.

### L'INFERMIERISTICA TEATRALE:

L'Infermieristica Teatrale è la terapia dell'umorismo e viene usata per produrre sul paziente benefici effetti tra cui: aumentare la sensazione di benessere, migliorare la comunicazione tra paziente e personale sanitario, influenzare positivamente la capacità di sperare, aiutare il paziente a ridurre ansie, timori e difficoltà e ridurre il dolore... Usare la terapia dell'umorismo significa regalare un sorriso intendendo dire semplicemente che nessuno deve avere paura di sorridere o negare la possibilità di far sorridere una persona malata. Se come professionisti siamo in grado di valutare i bisogni e le criticità del malato, non si capisce perché non si possa in egual maniera valutare quando e come poter scherzare con lo stesso paziente.

Con questo non vogliamo dire che tutti devono attivare la ComicoTerapia, siamo diversi, ognuno è diverso, da chi ha la battuta sempre pronta a chi, invece, introverso, non ce l'ha. Noi vogliamo semplicemente dire che dovete sentirvi liberi di farlo, che nessuno deve aver paura di sorridere o far sorridere, o meglio... di regalare un sorriso. I colleghi che si occupano dell'infermieristica teatrale propongono dei corsi che hanno i seguenti contenuti:

- ComicoTerapia nella Professione Infermieristica
  - Infermieristica Teatrale
  - La professione infermieristica e Valentino Rossi
  - La comicoTerapia come paradosso culturale
  - Metodo intuitivo in cucina: "una ricetta speciale in corsia"
  - Learning Organisation
  - Il gioco di squadra, ovvero il team-work
  - Barriere culturali, storiche e reali
  - L'errore professionale, la vergogna, l'insicurezza, lo stress, la sofferenza e la teatralità
  - Il teatro e il teatro comico
  - Esercizi teatrali legati alla professione infermieristica e non solo.
- La zattera (a bordo tutti, e dico Tutti, sono indispensabili e Tutti devono seguire le regole)
- La sedia invisibile (il piacere e l'importanza di essere una Squadra)
  - Chiudi gli occhi e sono tuo (la fiducia nel collega)
  - Il postino suona sempre due volte (abbattiamo la vergogna)
  - Dario Fo ed il suo Gramlot: un dialetto falso che vince un Nobel vero (ascoltare... ma soprattutto capire gli altri)
  - Biancaneve più veloce della luce (Team-work, velocità nel capire le priorità, aiutare ed essere aiutati, prevedere e risolvere i problemi in fretta)

di Venier Lorena

## DECEDUTI ANNO 2009 - 2010

- TOLAZZI ANNA MARIA
- ZANIER DONATELLA
- PECICCIA MARIA
- HAZICS COSTANTA
- DI PLOTTI GRAZIELLA
- D'ANNIBALE ANNA
- MOSCHIONI GIANCARLO



# 10

APRILE 2010

ANNO XV

N.3

# il filo diretto tra gli infermieri

Periodico di informazione del Collegio Infermieri Professionali, Assistenti Sanitari e Vigilatrici d'Infanzia della Provincia di Udine. Poste Italiane s.p.a. - Spedizione in Abbonamento Postale, D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma, 2 DCB Udine Periodico quadrimestrale - Registrazione Tribunale di Udine n. 12 del 01/08/95

### PROPRIETARIO EDITORE

Collegio IPASVI di Udine

### DIRETTORE RESPONSABILE

Crisetig Flavia

### COMITATO DI REDAZIONE

Bassan Fabia  
Croatto Fulvia  
Drigo Elio  
Iogna Prat Claudia  
Margarita Pamela  
Noacco Massimo  
Paroni Roberto  
Pascolo Marika  
Pistrino Raffaella  
Pordenon Marta  
Tellini Tiziana  
Tomasino Marco  
Trombini Omar  
Venier Lorena  
Spangaro Sabrina

### REDAZIONE

COLLEGIO IPASVI DI UDINE  
V.le Volontari della Libertà, 16  
33100 Udine  
tel. 0432/42469  
fax 0432/482157  
E-mail: [ipasviudine@ipasviudine.it](mailto:ipasviudine@ipasviudine.it)  
[info@ipasviudine.it](mailto:info@ipasviudine.it)  
[www.ipasviudine.it](http://www.ipasviudine.it)

### Sito della Federazione Nazionale

Collegi IPASVI.

[www.ipasvi.it](http://www.ipasvi.it)

ORARIO: LUN 15.00-17.00

MER VEN 10.00-12.00

### HANNO COLLABORATO A QUESTO NUMERO:

Delli Compagni Stefania  
Dan Giovanna  
Donat Ilaria  
Drigo Elio  
Iogna Prat Claudia  
Lanfrid Raffaella  
Noacco Massimo  
Paroni Roberto  
Pistrino Raffaella  
Spangaro Sabrina  
Valerio Caterina  
Venier Lorena  
Venier Moira

### STAMPA:

Arti Grafiche Friulane/Imoco spa

## Sanità: la situazione ragionata

### ASSISTENZA E SCELTE POLITICHE IN FVG.

A inizio anno arrivano le informazioni dei bilanci "in attivo" della sanità regionale.

Altre notizie annunciano per qualche struttura aumenti di "produttività" con gli stessi criteri industriali, prevedendo maggiori prestazioni a parità di forze. Viene programmato il ricorso al lavoro straordinario (già esagerato) e l'accumulo delle ferie del personale. Semplice.

Nessuna ipotesi di valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni erogate. Ancora una volta, nemmeno la bozza di Piano Sanitario Regionale osa prendere in considerazione questa linea di attività propria di management, che sembrerebbe la più ovvia in una logica di razionalizzazione da ispirarsi alla elogiata evidenza scientifica.

Le "prestazioni", attualmente intese solo sotto forma di degenze, visite, interventi, indagini, esami, ecc. in una struttura complessa chiamata ad erogare assistenza sanitaria, dovrebbero invece allargare un tantino l'orizzonte. Osservando fenomeni ormai noti a tutti come l'invecchiamento della popolazione, la diffusione delle polipatologie e l'incremento delle esigenze di qualità della vita delle persone anche in situazioni di malattia, è fin troppo chiaro che una "prestazione" imprescindibile da parte di un sistema che presuma di voler dare risposte di qualità (la mira sarebbe di eccellenza...) dovrebbe essere l'assistenza; visto che stiamo parlando di sistema sanitario, assistenza infermieristica in specie, ovviamente intesa non semplicemente come una prestazione, quanto invece come addirittura un sistema di prestazioni al proprio stesso interno.

Ancora, a fronte di una maggioranza di personale di assistenza e comunque macroscopicamente sottodimensionato rispetto alle esigenze reali, la programmazione delle scarse nuove assunzioni è quasi totalmente orientata verso quelle professionalità che eseguono le "prestazioni" monitorate per misurare, e poter poi dimostrare, l'incremento dell'attività deciso. Interessante sarebbe anche comprendere su che base viene programmato l'incremento di certe attività: lettura di un'evoluzione dell'epidemiologia o semplice calcolo economico per eseguire attivi di bilancio da utilizzare non si sa bene come? Non ci sono risposte.

Le assunzioni sono bloccate per la ben nota situazione economica e le norme nazionali, anche se, per caso vi fosse volontà positiva della Regione (e la bandiera del federalismo??).

A quando un rinnovamento organizzativo, ad esempio, per intensità assistenziale e non esclusivamente per cliniche? Questo potrebbe portare un contributo se non altro nell'ottimale utilizzo delle competenze assistenziali disponibili, visto che sono scarse... Che cosa frena? La paura del cambiamento? Fughe in avanti ritenute esagerate? Rottura di equilibri intoccabili? Non si capisce.

Il progetto di ridurre i ricoveri e le giornate di degenza va bene, ma si scontra con l'annoso problema dell'attuale inadeguatezza dei servizi disponibili sul territorio. È una priorità incrementare il servizio di assistenza infermieristica domiciliare, che veda una reale integrazione ed interazione dei professionisti sulla base delle esigenze delle persone e delle specifiche competenze professionali. Si assiste

editoriale

Carissimi colleghi, è ormai passato un anno da quando ci avete dato la vostra fiducia. È giunto il momento di condividere con Voi tutto il percorso fin qui fatto.

Tanti progetti si sono avviati in questo anno di amministrazione.

In un'amministrazione pubblica come il Collegio Provinciale, la messa a regime della "macchina amministrativa" è stata una tappa fondamentale.

Siamo riusciti a istituire delle commissioni con i relativi responsabili, come vi avevamo presentato nella precedente Assemblea generale degli Istituti.

È stato ricostituito il Coordinamento Regionale dei Collegi Provinciali.

Sono state stipulate nuove convenzioni che ci aiutano a gestire meglio la quotidianità amministrativa, e essere rispondenti alle norme che regolamentano la gestione della pubblica amministrazione sempre più rigorose e complesse anche perché distanti dal nostro specifico professionale. Per questo abbiamo indetto l'Assemblea generale degli Istituti per il 23 aprile 2010 alle ore 15.00.

Ci troveremo "La di Moret" presso la sala Margherita, in quella sede vi sarà illustrato il Bilancio Consultivo 2009, il Bilancio di Previsione 2010 e la relazione dei Revisori dei Conti.

Saranno presentate alcune relazioni che detaglieranno tutte le attività che questo Collegio di Udine con i suoi componenti hanno posto in essere.

Vi aspettiamo numerosi per condividere questo momento molto importante, perché il Collegio di Udine vuole essere l'espressione di un professione che cresce, ma soprattutto che vuole essere significata nei confronti dei suoi iscritti.

La presidente Sabrina Spangaro

invece ancora a stantii reclami di primizie sui ruoli apicali nel sistema (a cui naturalmente far corrispondere lauti compensi...) anziché accorgersi delle oggettive disponibilità di professionalità che, per mandato proprio hanno l'assistere le persone, e valorizzare queste professionalità.

Si sa, i professionisti sono la più importante risorsa per un'impresa di servizio alle persone.

Non sembrano opportuni ed efficaci certi improbabili espedienti per cercare di far rendere manifesto l'orgoglio di professionisti che lavorano con convinzione per l'eccellenza quando, essendo da tempo stremati, rischiano di badare solo alla momentanea emergenza.

Sarà il caso di affermare con forza che l'assistenza è cambiata e che, nemmeno le istituzioni della salute ed i loro responsabili, purtroppo, se ne sono resi ancora pienamente conto.

Azioni sul necessario allarme per garantirsi professionisti ed operatori dell'assistenza per i prossimi decenni, a fronte dell'evidente e perdurante scarso appeal di queste professioni, non sono previste nemmeno nella bozza di "Piano sanitario regionale".

di Drigo Elio

## in questo numero....

EDITORIALE DELLA PRESIDENTE PAG. 1  
SANITÀ: LA SITUAZIONE RAGIONATA PAG. 1

ESPERIENZE DI BUONA PRATICA CLINICA INFERMIERISTICA NELLE STRUTTURE SANITARIE AZIENDALI E TERRITORIALI DELLA PROVINCIA DI UDINE PAG. 2

Gestione del dolore al triage nel pronto soccorso di san danièle del friuli pag. 2

Le posture in sala operatoria pag. 2

La prevenzione delle cadute: le linee guida dell'Opera Pia Coianiz pag. 2  
Accessi venosi: nuove tecniche e visioni pag. 3

INFERMIERI DI COMUNITÀ: OPERATORI SANITARI PER ESSERE SEMPRE DALLA PARTE DEI BAMBINI PAG. 3

NEWS IN PILLOLE: LA STANZA DELLE COCCOLE PAG. 3

IL NUOVO SISTEMA DI FORMAZIONE CONTINUA IN MEDICINA L'INTERVISTA AL MINISTRO FAZIO PAG. 3

IL NURSING WEB IN VETRINA PAG. 4

LA SEGRETERIA INFORMA... PAG. 4

## ESPERIENZE DI BUONA PRATICA CLINICA INFERMIERISTICA NELLE STRUTTURE SANITARIE AZIENDALI E TERRITORIALI DELLA PROVINCIA DI UDINE

I rapidi e notevoli cambiamenti che negli ultimi anni si sono sviluppati nel contesto sanitario hanno portato all'attenzione degli operatori del settore la necessità di dover fronteggiare non solo l'aumento della complessità della domanda di salute, della tecnologia sanitaria e le modifiche demografiche, ma anche il costante aumento delle aspettative assistenziali della popolazione. Le esperienze raccolte nelle diverse realtà del nostro territorio provinciale, testimoniano il fondamentale contributo degli Infermieri al sistema sanitario. Pertanto, si vuole proporre questo patrimonio agli Infermieri stessi, ai cittadini, alle istituzioni, al mondo universitario, alle forze politiche, ai media e a tutti coloro che, a vario titolo, si occupano di salute e sanità. Nelle pagine seguenti saranno riportate esperienze di buona pratica clinica degli Infermieri della provincia di Udine presentate all'Aggiornamento Professionale dello scorso 6 ottobre.

### GESTIONE DEL DOLORE AL TRIAGE NEL PRONTO SOCCORSO DI SAN DANIELE DEL FRIULI

Il Pronto Soccorso (PS) di San Daniele si inserisce nel contesto di un ospedale di rete dell'ASS4 "medio friuli". Nel 2009 gli utenti che si sono rivolti al PS sono stati 29271, inoltre in questi ultimi anni si è evidenziato un aumento costante degli accessi: periodo 2005/2009 l'incremento è del 19,8%. La struttura dal 2003 ha in uso, in area triage, i percorsi brevi, ovvero percorsi clinico/organizzativi che permettono la gestione rapida di problemi non urgenti destinati a lunghe attese per la visita medica (Radiologia, Dipartimento Materno-Infantile). La letteratura sottolinea che nella pratica professionale dei Dipartimenti di Emergenza il dolore è spesso sotto stimato, scarsamente valutato e trattato impropriamente pur essendo questo uno dei motivi più frequenti per cui le persone si rivolgono al PS.

#### PROTOCOLLO PER IL TRATTAMENTO DEL DOLORE AL TRIAGE.

Nel corso del 2008 durante l'attività di audit per il miglioramento del protocollo triage si è pensato di agire migliorando la qualità dell'attesa attraverso la gestione del dolore fin dall'accoglienza in triage della persona, da qui la creazione del protocollo per il trattamento del dolore in area triage.

Abbiamo riconosciuto come fattori favorevoli di questo miglioramento: la formazione sul dolore acquisita grazie ai corsi residenziali organizzati in azienda, la volontà del gruppo infermieristico, del Direttore di Dipartimento e del Coordinatore Infermieristico di confrontarsi su questo aspetto (stesura del protocollo in sede multidisciplinare), la possibilità di modifica del supporto informatico in uso nel dipartimento (Mediwin®) e la ricerca costante di aggiornamento del gruppo infermieristico di miglioramento del triage.

#### Scopo.

Migliorare la qualità dell'attesa ed evitare ritardi nel trattamento del dolore.

#### Applicazione.

- Nel caso in cui la visita medica non sia immediatamente disponibile (generalmente codice verde o bianco);
- attraverso l'utilizzo di criteri di inclusione legati al segno/sintomo principale per cui la persona si presenta in PS (criteri decisi in sede multidisciplinare Direttore di Dipartimento/infermier);
- ricordando che il trattamento farmacologico non deve interferire con l'esame obiettivo del medico (es. dolore addominale).

Prescrizione farmacologica standardizzata.

Il protocollo prevede la somministrazione di farmaci (Tachidol® sciroppo o bustina o Oramorph® fialoide) legata all'età della persona che si presenta al triage ed al livello di dolore (NRS).  
Bambini 1-12 anni: Tachidol® sciroppo (1 ml os ogni Kg di peso)  
Bambini 6-12 anni: Tachidol® ½ bustina os.  
Adulti: se NRS 4-6/10 Tachidol® 1 bustina os, se NRS 7-10/10 Oramorph® 1 fialoide os.  
Interventi.

Per favorire l'applicazione del protocollo:

- è stata inserita nell'elenco dei sintomi principali la voce NRS che consente, durante l'intervista al triage, di valutare e misurare il dolore attraverso la scala NRS;
- il sistema informatico è stato modificato facendo in modo che, quando l'infermiere seleziona un determinato segno/sintomo, il relativo fattore di rischio e l'eventuale presenza di dolore (compilando la parte relativa alla scala NRS), venga generata una prescrizione informatizzata per la persona accolta in triage;
- è stata creata una scheda infermieristica (completa di campi per la registrazione dei parametri vitali, tra i quali risulta anche il dolore, di attività infermieristiche raccomandate descritte con una dicitura standard e di un campo libero denominato diario infermieristico);
- il gruppo infermieristico è stato formato con incontri in piccoli gruppi che ha fornito a tutti gli infermieri una formazione specifica sulle modifiche in uso dal 2008 ed ha consentito un confronto anche su temi generali del protocollo triage.

#### In progress.

- Consolidare l'applicazione del protocollo trattamento del dolore;
- rivedere il processo di rilevazione del dolore attraverso l'adozione di strumenti più complessi se NRS inefficace;
- aggiornare costantemente il programma informatico;
- continuare sul modello della collegialità delle proposte di miglioramento;
- garantire una formazione sul triage di base per i neosunti e periodica per gli altri infermieri;
- raccogliere ed analizzare i dati.

#### Gruppo miglioramento triage PS San Daniele d.F.

Stefania Delli Compagni  
Raffaella Lanfrit  
Caterina Valerio  
Moira Venier

### LE POSTURE IN SALA OPERATORIA

A seguito di un evento avverso accorso dopo un intervento di colpoisterectomia, l'equipe infermieristica di sala operatoria ha sentito l'esigenza (deontologica?) di strutturare un protocollo di comportamento, che attraverso l'utilizzo di procedure condivise, si intenda garantire all'utente confort e sicurezza, prevenendo e/o riducendo eventuali complicanze immediate o tardive, provocate da un inadeguato posizionamento sul letto operatorio. Si è costituito un gruppo multiprofessionale che ha effettuato una revisione della letteratura per la ricerca della buona pratica rispetto al posizionamento del paziente, in funzione alle tipologie di intervento effettuati nel contesto di studio.

Il posizionamento del paziente sul letto operatorio è sia un punto d'arrivo che un punto di partenza nell'assistenza personalizzata, in quanto deve prendere in esame tutti i fattori e saperli coniugare. Quindi la posizione è il frutto dell'analisi delle caratteristiche del paziente e dell'intervento, non statica e standardizzata ma modificabile in relazione al momento chirurgico contingente.

I fattori che espongono il paziente al rischio di complicanze legate al posizionamento in sala operatoria possono essere suddivisi in due gruppi: **Fattori di rischio intrinseci** non modificabili, strettamente legati alle caratteristiche psico-fisiche del paziente ed alla tipologia dell'intervento. Le azioni correttive da parte dell'equipe operatoria in questo caso sono limitate al controllo ed al mantenimento della situazione pre-esistente.

**Fattori estrinseci** e come tali modificabili, dipendenti da fattori esterni e quindi passibili di azioni correttive.

- Sono presenti inoltre dei fattori di rischio peculiari all'intervento chirurgico, tra i quali si ricordano:
- i dispositivi per il mantenimento della posizione, cinghie, supporti rigidi, gambali
  - i dispositivi per il mantenimento della temperatura corporea, utilizzati in modo non idoneo
  - i presidi per il monitoraggio dei parametri vitali, ad esempio il manico per la rilevazione della pressione arteriosa può dare compressione
  - lo stato di coscienza a cui è legato la mobilità autonoma del paziente
  - il personale di sala, su cui influisce la formazione continua e il carico di lavoro
- Una movimentazione non idonea del paziente può dare origine a complicanze che si manifestano in

modo differente a seconda del fattore provocante, interessando diversi distretti corporei.

L'accoglimento del paziente in sala operatoria è la prima fase su cui agire in modo competente e consapevole per tendere al miglioramento costante dell'assistenza nel perioperatorio.

- Il colloquio con il paziente al suo ingresso permette:
1. di rilevare eventuali fattori di rischio intrinseci, rendendo così partecipe il paziente alla promozione della sua sicurezza nel percorso di preparazione all'intervento
  2. di programmare e personalizzare il percorso assistenziale perioperatorio, dalla preparazione appropriata del letto, al posizionamento, al risveglio fino alla dimissione dalla recovery room. Per "buona pratica" nell'assistenza perioperatoria si intende ad esempio, testare la posizione ginecologica prima della somministrazione dell'anestesia.

#### In conclusione:

- Le liste operatorie con informazioni sullo status psico-fisico del paziente diventano uno strumento essenziale per un proficuo scambio di informazioni tra i professionisti che intervengono nelle diverse fasi di uno stesso percorso assistenziale del paziente, ma soprattutto per concorrere alla sicurezza del paziente.
- Le innovazioni tecnologiche e le modifiche della tipologia dell'utenza afferente hanno comportato la revisione quali-quantitativa della dotazione dei presidi antidecubito.
- Con l'evoluzione del percorso assistenziale perioperatorio è sorta l'esigenza di progettare l'aggiornamento della scheda infermieristica in uso, implementandola con le notizie pertinenti la posizione assunta dal paziente.
- Lo step successivo, in collaborazione con le Unità Operative di degenza e ambulatoriali, è la stesura di una scheda di valutazione post-intervento che permetta un "follow up" a distanza degli operati, con la segnalazione di eventuali eventi sentinella o eventi avversi.
- Allo scopo di rilevare l'effettivo miglioramento della pratica rispetto al confort del paziente si prevede la strutturazione di un questionario validato per la rilevazione della qualità percepita dell'utenza afferente.

**Equipe infermieristica del blocco operatorio dell'Ass. 3 "Alto Friuli"**

### ACCESSI VENOSI: NUOVE TECNICHE E VISIONI

In questi ultimi anni abbiamo assistito ad un notevole cambiamento in materia di accessi venosi. Se fino a qualche tempo fa quando un paziente non aveva più accessi venosi periferici per proseguire la terapia infusiva era candidato al posizionamento di un catetere venoso centrale a livello della vena giugulare o suclavia, ora abbiamo la possibilità di concordare con lo stesso paziente la giusta opzione fra una vasta serie di prodotti. La scelta coinvolge sia il paziente che il medico che l'infermiere. Per affrontare questa decisione è necessario fare un'attenta valutazione del patrimonio venoso del paziente, conoscere la tipologia di presidi che si hanno a disposizione e la tipologia di farmaci che devono essere utilizzati. Inoltre è di fondamentale importanza che ogni infermiere interiorizzi la "cultura del risparmio del patrimonio venoso".

Da qualche anno tra le varie proposte del mercato è nata una nuova tipologia di cateteri che hanno dato la possibilità di migliorare l'assistenza in materia di accessi venosi. Questo ha portato ad un ampliamento della varietà di presidi offrendo una nota di qualità in ambito assistenziale non dimenticando che al centro dell'assistenza c'è il paziente che ha diritto di scegliere ciò che è più adatto per se stesso e non ciò che gli operatori sanno fare meglio.

I presidi a cui si fa riferimento sono i midline e i PICC, cateteri che possono essere posizionati quando si prevede una terapia infusiva superiore ai 6 giorni come viene indicato dalle linee guida del CDC di Atlanta del 2002. Il catetere Midline è un **catetere venoso periferico** di materiale biocompatibile (poliuretano o silicone) di media lunghezza circa 25 cm. Essendo un accesso venoso periferico non è utilizzabile per terapie iperosmolarità e/o vescicanti. Il CDC di Atlanta raccomanda l'uso di questo catetere per terapie infusionali superiori ai 7 giorni il quale può rimanere in sede per oltre un mese.

Il catetere PICC è un **catetere venoso centrale ad inserimento periferico** cioè un catetere centrale a tutti gli effetti e come per i cateteri venosi centrali tradizionali necessita di controllo radiologico post impianto o del metodo eeg guidato che al momento è in fase di perfezionamento, che teoricamente eliminerebbe la necessità di eseguire controlli radiologici, può rimanere in sede per circa 6 mesi ed è utilizzabile per terapie iperosmolarità, vescicanti e NPT.

La novità di questi presidi è che possono essere inseriti dagli infermieri con la giusta preparazione e formazione con l'ausilio dell'ecografo che consente non di far diagnosi ma semeiotica.

Ma perché impiegare questi cateteri, considerando il fatto che il loro costo è più elevato rispetto ai presidi centrali e/o agli aghi cannula utilizzati finora?

Sono da considerare alcuni aspetti che riguardano sia il paziente che il tempo infermieristico dedicato alla gestione del patrimonio venoso:

- minor disagio da ripetute venipunture
- possibilità di impianto anche in pazienti con turbe della coagulazione (vedi piastrinopenia e/o prove emogeniche alterate)
- tempo infermieristico dedicato all'incannulazione con aghi cannula, soprattutto in caso di pazienti con scarsità di patrimonio venoso e la necessità di sostituirli entro 96 ore.
- più elevata percentuale di infezioni batteriemiche negli aghi cannula (0,5/1000 giorni catetere) rispetto ai Midline (0,2/1000 giorni catetere), riduzione di tromboflebiti e complicanze meccaniche
- possibilità di proseguire terapie a domicilio (non fattibile con aghi cannula o CVC a breve termine)
- riduzione delle possibili complicanze da inserimento CVC in Vene Giugulare o V. Suclavia (vedi pneumotorace rischio 1%, puntura arteriosa 5-10%, CRBSI rischio 2-5/1000 giorni catetere).
- La buona pratica clinica in questo caso ci consente di preservare il patrimonio venoso e di ridurre i rischi da incannulamento da vena centrale.

**A.F.D. Master in Nursing Accessi Venosi DAN Giovanna (SOC Anestesia e Rianimazione Palmanova)**  
**I.P. Master in Nursing Accessi Venosi DONAT Ilaria (SOC Medicina Degenze Palmanova)**

## INFERMIERI DI COMUNITÀ: OPERATORI SANITARI PER ESSERE SEMPRE DALLA PARTE DEI BAMBINI

L'iniziativa internazionale lanciata nel 1992 da UNICEF e OMS Baby Friendly Hospital Initiative, (Ospedale Amico dei Bambini), favorisce le "Buone Pratiche" per la promozione dell'allattamento materno.

In Italia sono ormai 18 gli ospedali ad aver ottenuto il riconoscimento "ospedale amico dei bambini da OMS e UNICEF e oltre 70 sono i centri in via di accreditamento (nel mondo sono più di 19.000)

Di che si tratta è presto detto, un progetto salute per mamma e bambino.

Un progetto ambizioso, ma non impossibile, che vede coinvolti numerosi centri e servizi sia ospedalieri (percorsi nascita, Ostetricie e Pediatrie), che del territorio (consulenti familiari e medici pediatri di libera scelta), coinvolgendo così numerosi professionisti che in una sinergia di forze e di intenti si impegnano nella diffusione di buone pratiche, favorendo la cultura dell'allattamento al seno.

In Friuli Venezia Giulia sono già due gli ospedali ad aver ottenuto la certificazione "Ospedale Amico dei Bambini": **Pordenone** e **San Vito al Tagliamento**, altri come **Latisana**, stanno lavorando per arrivare alla prima valutazione da parte dell'OMS e UNICEF ed eventualmente ottenere un successivo riconoscimento.

L'impegno che le Direzioni Generali con tutti gli operatori sanitari si assumono è notevole, non solo per il raggiungimento dell'obiettivo, ma per il mantenimento dello stesso.

Prima di ottenere un "Certificato di Impegno" infatti, la Struttura che intende intraprendere questo percorso, viene più volte valutata (con verifica della documentazione scritta inerente il progetto, valutati progressi, individuate lacune, valutate le competenze e le modalità assistenziali degli operatori, interviste alle donne, valutata l'assistenza globale offerta a donne in gravidanza, madri e bambini). Una volta ottenuta la "Certificazione di accreditamento", i vari centri sono oggetto di rivalutazione periodica ogni 24-36 mesi.

Per quanto si parli di Allattamento al seno (che non deve essere visto come una moda, ma come un'azione preventiva verso molte patologie e la mortalità), nella nostra popolazione c'è ancora molta disinformazione e scarsa sensibilità ad una pratica che dovrebbe essere più che naturale.

Perché tanto impegno e interesse per questo argomento? Perché OMS e UNICEF, che dal 1990 hanno lanciato una campagna di promozione dell'allattamento al seno, volta a invertire la tendenza all'uso dei surrogati del latte materno e sostenere tutti gli sforzi mirati alla corretta nutrizione dei bambini, hanno appurato che nelle zone dove gli ospedali sono stati riconosciuti "Amici dei Bambini", è aumentato sensibilmente lo stato di salute complessivo di donne e bambini.

#### IL LATTE MATERNO

È l'alimento che la natura ci ha dato per la nutrizione dei nostri "cuccioli d'uomo" e in quanto tale è perfetto, la sua composizione cambia durante il giorno e nel tempo, a seconda dei bisogni e della crescita del bambino: è completo, perché contiene la quantità adeguata di tutti i fattori nutritivi di cui il piccolo ha bisogno, compresa l'acqua per dissetarlo e gli anticorpi che lo proteggono da molte malattie e allergie.

## IL NUOVO SISTEMA DI FORMAZIONE CONTINUA IN MEDICINA L'INTERVISTA AL MINISTRO FAZIO

### Quali sono le principali innovazioni del Nuovo Sistema ECM?

Il nuovo sistema ECM si fonda su alcuni importanti elementi che devono garantire ai professionisti un'offerta formativa appropriata e di qualità.

Il primo elemento è il passaggio dall'accreditamento degli eventi all'accreditamento dei provider: un passaggio prioritario e doveroso in considerazione della necessaria imputazione di responsabilità a soggetti che fondano l'attività di formazione continua su un'organizzazione amministrativa, un comitato scientifico, il tutto sostenuto da un sistema di qualità delle procedure. Un passaggio "epocale" rispetto al sistema precedente che si limitava a valutare il singolo evento formativo e che, nei casi più gravi, ne sospendeva l'erogazione.

Il secondo elemento assunto a fondamento del nuovo sistema è quello dell'offerta formativa articolata su tutte le tipologie di formazione utili all'aggiornamento continuo. Non più solo la formazione residenziale, ma l'accreditamento ECM riguarda la formazione a distanza attraverso l'autoapprendimento (con o senza tutoraggio), la docenza e il tutoraggio in attività ECM e le presentazioni a convegni. Per quanto riguarda la formazione sul campo sono state individuate varie attività: training individualizzato o stage (con la presenza indispensabile di un tutor nel rapporto 1:1); partecipazione a gruppi di lavoro/studio/miglioramento commissioni/comitati; partecipazione a ricerche; audit clinico-assistenziale.

Un ulteriore elemento riguarda le "garanzie" introdotte con il nuovo Sistema di formazione continua:

- L'Osservatorio nazionale per la qualità della formazione continua, che deve monitorare l'offerta formativa e la sua qualità attraverso una rete di osservatori regionali e auditing in loco per verificare direttamente l'attività.
- Il Comitato di Garanzia per l'indipendenza del contenuto formativo dagli sponsor, attraverso la verifica del 25% dei provider accreditati dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua (CNFC).

Naturalmente, nei prossimi mesi l'avvio del nuovo sistema fornirà ulteriori spunti che saranno utilizzati per definire al meglio l'aggiornamento continuo.

#### Cosa cambierà nei corsi sponsorizzati?

La sponsorizzazione è un elemento che riguarda principalmente il concetto di "trasparenza" e di "efficacia".

La trasparenza è garantita attraverso un sistema di dichiarazione esplicita di conflitto di interesse. Se nel precedente sistema era necessario dichiararne l'esclusione (cd. assenza di conflitto di interessi), nella nuova ECM i soggetti - come i docenti - che sono coinvolti in manifestazioni con crediti ECM devono preliminarmente dichiarare il loro conflitto in modo esplicito. Sarà naturalmente "misurata" l'indipendenza del contenuto formativo attraverso le valutazioni dei professionisti circa la percezione del conflitto e dell'eventuale condizionamento formativo.

L'efficacia è garantita attraverso un sistema di misurazione con indicatori che daranno concrete indicazioni in merito alla ricaduta dell'apporto formativo acquisito. L'utilizzo di indicatori darà al provider un valore aggiunto in termini di qualità dell'offerta formativa.

Infine, il contratto con gli sponsor deve essere depositato agli atti degli eventi interessati, reso disponibile e preventivamente dichiarato all'ente accreditante.

#### Qual è il suo giudizio sulla formazione a distanza?

La FAD è una delle tipologie di offerta formativa definite dalla CNFC: si tratta di uno strumento importantissimo tenuto conto dell'enorme numero di professionisti (circa 850.000) che ogni anno deve aggiornarsi. Infatti, la FAD consente di erogare contenuti formativi per un numero molto elevato di professionisti senza imporre spostamenti né vincoli di orari o giornate, con abbattimento significativo dei costi dell'ECM a carico dei partecipanti.

Tuttavia, in quanto tale, la FAD non esaurisce il bisogno formativo che per il professionista si traduce in attività pratiche, confronti con altri colleghi, condivisioni e superamenti di criticità. Per questo motivo, ritengo che la FAD sia uno strumento importante e determinante, ma non esaustivo dal punto di vista dell'aggiornamento all'interno di un sistema organizzato.

di **Pistrino Raffaella**